

# Amado Zorg

## *Kwaliteitsplan*

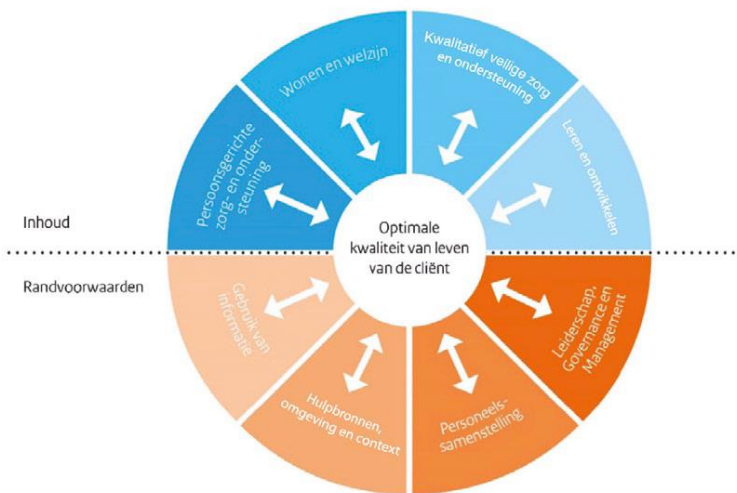
*2022*

Locaties:

- ✓ Hoeve Marant – Kraggenburg
- ✓ Het Wilgenhuis - Dronten

## Inleiding

Medio 2021 is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg geactualiseerd. Dit Kwaliteitskader is de kwaliteitsstandaard voor de verpleeghuiszorg. Eén van de voorschriften uit dit kwaliteitskader is het uitbrengen van een kwaliteitsplan. Dit is het kwaliteitsplan voor 2022 van Amado Zorg. Dit kwaliteitsplan is tot stand gekomen in samenwerking met de cliëntenraad, de medewerkers en naaste collega's uit ons Lerend Netwerk. We hebben dit kwaliteitsplan gepubliceerd op onze website.



In het kwaliteitsplan wordt deze afbeelding gebruikt als schematisch model om dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan de kwaliteit weer te geven. Het betreft vier thema's voor kwaliteit en veiligheid en vier randvoorwaardelijke thema's.

De vier thema's voor kwaliteit en veiligheid zijn:

**1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.** Dit gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vinden plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg.

**2 Wonen en welzijn.** Dit gaat over de wijze waarop de organisatie en zorgverleners in hun zorg- en dienstverlening enerzijds oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welbevinden van cliënten en betrokken naaste(n) en anderzijds gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen hiervan.

**3 Passende, veilige zorg en ondersteuning.** Garanderen van basisveiligheid betekent dat een zorgorganisatie met gebruikmaking van relevante professionele standaarden en richtlijnen, vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk voorkomt en leert van veiligheidsincidenten. Het gaat om risicobewustzijn en risicoreductie.

**4 Leren en ontwikkelen.** Dit gaat over de wijze waarop de zorgverlener en zorgorganisatie op dynamische en lerende wijze zorg dragen voor optimale zorg en verzorging voor cliënten, daarbij gebruikmakend van de best beschikbare kennisbronnen zoals wetenschappelijke literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data, gesystematiseerde ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie.

De vier randvoorwaardelijke thema's zijn:

**1 Leiderschap, governance en management.** Dit gaat over de aansturing en governance van de zorgorganisatie die faciliterend zijn voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming en risicomanagement en over de strategische, statutaire en financiële verplichtingen.

**2 Personeelssamenstelling.** Dit gaat over de adequate samenstelling van het personeelsbestand. Hoeveel zorgverleners met welke vaardigheden en competenties zijn nodig om te voorzien in de (fluctuaties in) wensen en behoeften van de cliënten waaraan de zorgorganisatie zorg en ondersteuning biedt?

**3 Hulpbronnen omgeving en context.** Dit gaat over het effectief en efficiënt gebruiken van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen.

**4 Gebruik van informatie.** Dit gaat enerzijds over het actief gebruik maken van informatie rondom de inzet van middelen, voor het leveren, monitoren, managen en verbeteren van zorg, alsook over het op transparante wijze verstrekken van kwaliteitsinformatie aan cliënten, hun naasten en aan de samenleving.

Wij onderschrijven deze thema's en in dit kwaliteitsplan is de invulling van deze thema's herkenbaar. Voor de indeling van dit kwaliteitsplan volgen wij de handreiking van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg:

- Omschrijving zorgvisie en kernwaarden (Hoofdstuk 1: Zorgvisie en kernwaarden);
- Omschrijving doelgroepen, aantal cliënten per doelgroep, leeftijdsverdeling (Hoofdstuk 2: Doelgroep en werkwijze);
- Type zorgverlening, ZZP-verdeling, omzet per doelgroep (Hoofdstuk 2: Doelgroep en werkwijze);
- Aantal locaties (overeenkomend met KvK registratie), zorgomgeving (kleinschalig/groot-schalig) en voornaamste besturingsfilosofie (Hoofdstuk 3: Kenmerken locatie);
- Landelijk/stedelijk van aard (Hoofdstuk 3: Kenmerken locatie);
- Hoeveel zorgverleners en vrijwilligers per organisatie-eenheid/doelgroep (Hoofdstuk 4: Personeelssamenstelling);
- Verdeling zorgverleners over functies en niveaus (kolom (para)medisch, psychosociaal, verpleegkundig, verzorgend in de verschillende niveaus 1-3, facilitair, administratief en management, vrijwilligers). (Hoofdstuk 4: Personeelssamenstelling);
- Per kolom inzicht in verhouding leerling/gediplomeerden (Hoofdstuk 4: Personeelssamenstelling);
- In- door- en uitstroomcijfers (Hoofdstuk 4: Personeelssamenstelling);
- Ratio personele kosten versus opbrengsten (Hoofdstuk 4: Personeelssamenstelling);
- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning (Hoofdstuk 5);
- Wonen en welzijn (Hoofdstuk 6);
- Veiligheid (Hoofdstuk 7);
- Leren en ontwikkelen (Hoofdstuk 8);
- Leiderschap, governance en management (Hoofdstuk 9);
- Personeelssamenstelling: voldoende en vakbekwaam personeel (Hoofdstuk 4: Personeelssamenstelling);
- Hulpbronnen, omgeving en context (Hoofdstuk 10);
- Gebruik van informatie (Hoofdstuk 11)
- Beschrijving van de verbeterdoelstellingen per locatie (volgens KvK registratie). (Hoofdstuk 12 verbeterparagraaf);
-

- Beschrijving van op welke wijze en met welke interne en externe partijen plannen per relevante organisatie-eenheid tijdens en na het jaar wordt geëvalueerd en hoe resultaten terugvloeien naar betrokkenen in de zorgorganisatie. (Hoofdstuk 12 verbeterparagraaf).

## Hoofdstuk 1 Zorgvisie en kernwaarden;

### Onze visie

Wij willen recht doen aan het welbevinden van ouderen met voornamelijk een psychogeriatrische zorgvraag, door hen een veilige en geborgen woon- en zorgplek te bieden die een verrijking is in de kwaliteit voor hun dagelijks leven. De 'eigen regie' van de bewoner staat hierbij 'hoog in het vaandel'.

### Zorgvisie

In onze visie past de zorg zich aan naar de behoeften en het (nog) "kunnen" van onze bewoners. Wij doen dit o.a. door het creëren van een huiselijke sfeer, het werken met gemotiveerde en kundige medewerkers en het leveren van zorg welke is afgestemd op de behoefte en de wensen van de bewoner (zorg op maat).

De fysieke, psychische en maatschappelijke onderdelen vormen samen de basis van de zorgverlening met als belangrijke kenmerken de mogelijkheden en behoeften van de individuele bewoner. Respectvol omgaan met diegene die aan onze zorg is toevertrouwd en onszelf proberen te verplaatsen in zijn of haar gevoelens, dat is waar wij voor staan.

### Belangrijke pijlers:

- vastleggen van individuele leefgewoontes en "patronen" (de persoonlijke leefstijl)
- continuïteit bij het stimuleren van dagelijkse bezigheden
- ruimte bieden aan en stimuleren van hobby's en interesses van de bewoner
- een "veilige" en huiselijke omgeving bieden
- contacten met partner, familie en "eigen" sociale netwerk integreren

Het spreekt voor zich dat wij ervoor zorgen dat het aanbieden van zorg en het waken over gezondheid en welbevinden, behoort tot de belangrijkste taken en dat deze worden uitgevoerd door betrokken, gekwalificeerde en liefdevolle medewerkers. Kwaliteit en transparantie, dus ook op het gebied van behandelplannen en certificering. Amado Zorg valt onder de kwaliteitswet van de gezondheidszorg en is aangesloten bij branchevereniging Riant Verzorgd Wonen.

Wonen en service worden gefaciliteerd door Amado Zorg. Samen met gekwalificeerd en betrokken personeel, partners in de zorg, het Hoornbeek College (scholing en stage), familie en ondernemers in de regio wordt gewerkt aan een mooi en unieke onderneming.

## Hoofdstuk 2

### Doelgroep en werkwijze

In Hoeve Marant zijn 12 appartementen, momenteel worden deze bewoond door 13 bewoners. (waarvan 1 echtpaar). De doelgroep bestaat uit ouderen met psychogeriatrische beperkingen. De leeftijd van de cliënten varieert. De meeste cliënten hebben een leeftijd tussen 80 en 90 jaar. Alle cliënten zijn geïndiceerd door het CIZ (Centrum Indicatie Zorg). De zorgzwaarte is meestal VV05.

In Het Wilgenhuis zijn 23 appartementen, momenteel worden deze bewoond door 22 bewoners. De doelgroep bestaat uit ouderen met psychogeriatrische beperkingen. De leeftijd van de cliënten varieert. De meeste cliënten hebben een leeftijd tussen 80 en 90 jaar. Alle cliënten zijn geïndiceerd door het CIZ (Centrum Indicatie Zorg). De zorgzwaarte is meestal VV05.

De kenmerken van onze zorgverlening hebben we onderverdeeld in vier thema's:

#### 1 Gedreven om de best mogelijke zorg te bieden:

- Kleinschalig: dat wil zeggen maximaal 27 bewoners per woonhuis.
- Persoonlijk geleid: de eigenaren zijn direct betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer;
- Passie, inzet en betrokkenheid staan hoog in het vaandel. Dit blijkt onder andere uit de zorgvisie en de aandacht die wordt besteed aan behalen van de doelstellingen die hieruit voortvloeien;
- Het is vanzelfsprekend dat de personeelsbezetting is afgestemd op de doelgroep en in overeenstemming is met de missie en visie. Dit is inzichtelijk gemaakt door een toelichting op de personele bezetting met een onderbouwing daarin opgenomen (zie hoofdstuk 4).

#### 2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

- We delen actief informatie met collega-voorzieningen;
- We staan ervoor open om collega's te ontvangen om nader kennis te maken;
- We nemen deel aan gezamenlijke bijeenkomsten;
- We nemen op directieniveau deel aan een lerend netwerk;
- We stellen medewerkers in staat om deel te nemen aan reflectiebijeenkomsten als onderdeel van een lerend netwerk.

#### 3 Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg;
- We voldoen aan IGZ inspectienormen;
- We voldoen aan normen van de inspectie sociale zaken en werkgelegenheid.

#### 4 Open(baar)heid

- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- We bespreken beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de cliëntenraad en met het personeel of de personeelsvertegenwoordiging.

## Hoofdstuk 3 Kenmerken

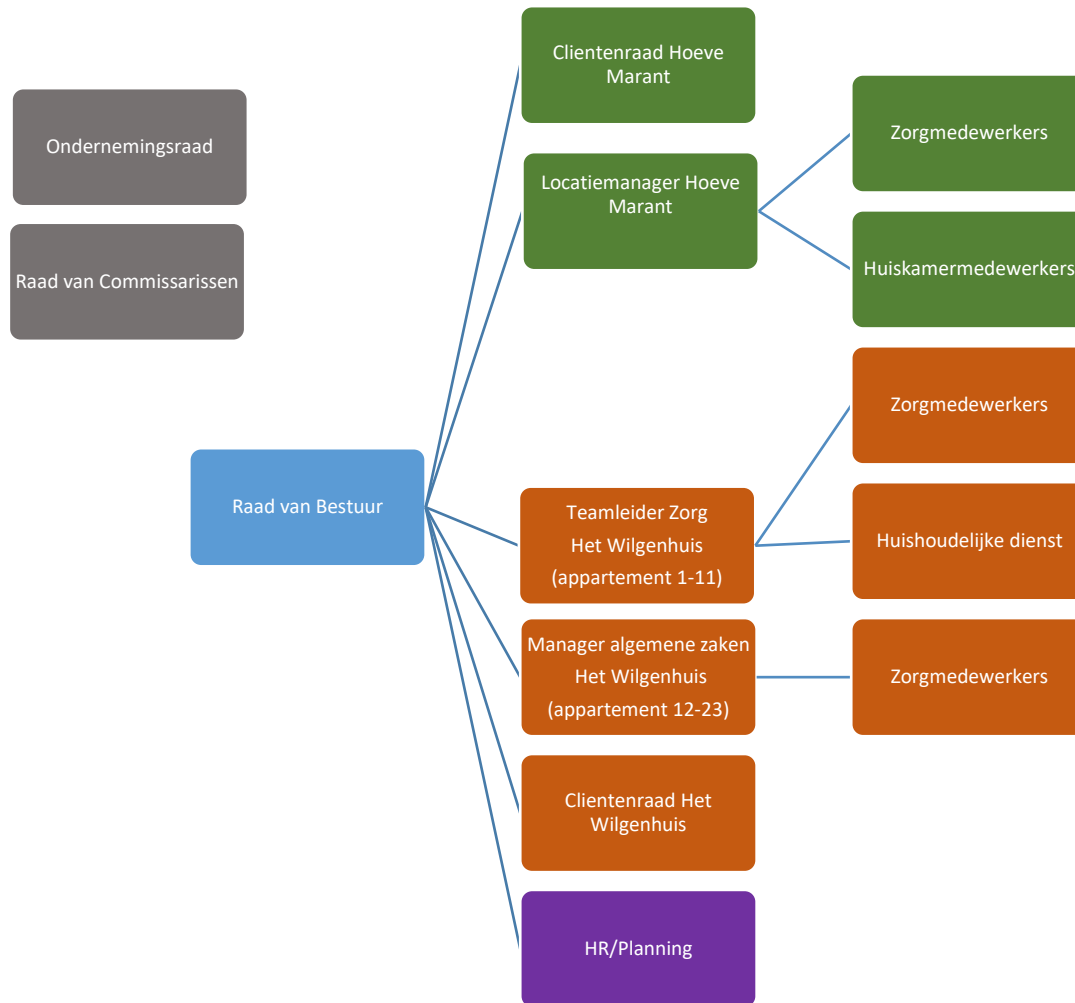
Onze voorziening is ingeschreven in de Kamer van Koophandel en heeft in overeenstemming met deze inschrijving twee locaties. Conform de in de vorige hoofdstukken beschreven zorgvisie, kernwaarden en werkwijze zijn we een organisatie met twee kleinschalige voorzieningen met een totale capaciteit van max. 36 bewoners.

De locatie van onze voorziening in Kraggenburg(**Hoeve Marant**) is landelijk. Deze ligging betekent onder andere:

- Wonen in een groene omgeving;
- De omgeving is prikkelarm;
- Er zijn kleine (boerderij) dieren aanwezig;
- Er is veel ruimte in- en om de voorziening;
- Bewoners kunnen zich vrij op het erf begeven (naar buiten).

De locatie van onze voorziening in Dronten(**Het Wilgenhuis**) is centraal en midden in de wijk. Deze ligging betekent onder andere:

- Wonen in de wijk
- Dichtbij winkels en het dorpscentrum
- Dichtbij een bos om te wandelen.





## **Toelichting op het organigram**

De directie/Raad van Bestuur bestaat uit drie personen. De taken zijn onderverdeeld in: HR en Kwaliteit, faciliteiten en onderhoud en algemene zaken. De directeur HR en kwaliteit stuurt samen met de algemene directeur de zorgmanager aan en samen sturen zij de zorgmedewerkers en de huishoudelijke medewerkers aan. Hoe de vervanging is geregeld bij ziekte en vakantie, staat verwoord in onze vervangingsmatrix. Het organigram laat zien dat er sprake is van een platte organisatie met korte lijnen en dat er weinig overhead is. Een en ander in overeenstemming met het meerjarenbeleid en de missie en visie.

Het organigram met de toelichting geeft een goed beeld van onze besturingsfilosofie, die in het kort is te kenmerken als betrokken en bevlogen, waarbij het welbevinden van cliënten en het voldoen aan wettelijke eisen van groot belang zijn.

## Locatie Hoeve Marant

<b>Personeelsbestand</b>				
<b>Discipline</b>	<b>Loondienst</b>	<b>Aantal</b>	<b>Uren per week</b>	<b>FTE</b>
<i>Verpleegkundige niveau 4</i>	<i>Ja</i>	<i>01</i>	<i>16</i>	<i>0.44</i>
<i>Verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>11</i>	<i>296</i>	<i>8.22</i>
<i>Helpende niveau 2</i>	<i>Ja</i>	<i>02</i>	<i>40</i>	<i>1.11</i>
<i>Huishoudelijk medewerker niveau 1</i>	<i>Ja</i>	<i>07</i>	<i>92</i>	<i>2.55</i>
<i>Activiteiten begeleider</i>	<i>Ja</i>	<i>01</i>	<i>24</i>	<i>0.58</i>
<i>Directie</i>	<i>Ja</i>	<i>01</i>	<i>40</i>	<i>1</i>
<i>SOG</i>	<i>Op afspraak</i>			
<b>Totaal FTE</b>				<b>13.9</b>
<i>BBL-Leerling Verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>Nee</i>			
<i>BBL-Leerling Verpleegkundige niveau 4</i>	<i>Nee</i>			
<i>BOL-Leerling Verpleegkundige niveau 5</i>	<i>Nee</i>			
<i>BOL-Leerling Helpende niveau 2</i>	<i>Ja</i>	<i>02</i>	<i>28</i>	<i>0.77</i>
<i>BBL-Leerling Activiteitenbegeleider niveau 3</i>	<i>Nee</i>			
<i>BBL-Leerling Activiteitenbegeleider niveau 4</i>	<i>Nee</i>			
<i>BOL-Leerling Creatief therapeut niveau 5</i>	<i>Nee</i>			
<i>BBL-Leerling Huishoudelijk medewerker niveau 1</i>	<i>Nee</i>			
<i>Overige leerlingen dual of beroepsbegeleidend</i>	<i>Nee</i>			

### Personele bezetting per dag

Dagelijks zetten we de volgende diensten in. Voor zorgwerkzaamheden werken we uitsluitend met bevoegde en bekwame medewerkers. Stagiaires zijn in onderstaand overzicht niet inbegrepen.

#### Dagdiensten

- één dienst van 7.00 tot 15.00 uur (D8)
- één dienst van 7.00 tot 12.00 uur (DA5) of;
- een dienst van 8.00 tot 15.00 uur (AC7)
- één dienst van 8.00 tot 16.00 uur (DB8)
- één huiskamerdienst 8.30 tot 14.00 uur (H55)
- één kantoor dienst van 09.00 tot 16.00(K8)

#### Middag/Avonddiensten

- één dienst van 15.00-23.00 uur (MA8)
- één dienst van 16.00-23.30 uur (A75)
- één dienst van 16.00 tot 22.30 uur (A7)

## Nachtdiensten

- één wakende dienst van 23.00-7.30 uur  
nb: Amado Zorg werkt niet met slaapdiensten

## Achterwacht

- 24/7 door (directie) op locatie aanwezig  
Verpleegkundige via Buurtzorg (tijdens calamiteiten overdag en binnen 15 min. aanwezig)  
Huisartsenpost Emmeloord (tijdens calamiteiten in de nacht)

Waarom vier dagdiensten en drie avonddiensten?

Uit ervaring weten we dat de volgende aspecten altijd haalbaar zijn bij vier dagdiensten

- tijd nemen voor bewoners bij opstaan en verzorging (ADL) en toch niet te laat aan tafel.
- ruime bezetting waardoor er mogelijkheden zijn voor extra aandacht aan bewoners en bezoek
- ruime bezetting waardoor het niet nodig is om te haasten en in alle rust met de bewoners te werken conform zorgleefplannen.

Waarom één nachtdienst en twee achterwachten?

De werkzaamheden in de nacht kunnen door één medewerker worden uitgevoerd. Een achterwacht naast een wakkere nachtdienst is van belang voor incidenteel voorkomende werkzaamheden die door twee verzorgenden dienen te worden verricht.

In 2021 waren er de volgende personeelwijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers	03	2
Nieuwe medewerkers	03	2

Dankzij onze platte organisatie en korte lijnen kunnen in onze zorgvoorziening de zorggelden optimaal worden benut, waarvoor het is bedoeld. Uit het accountantsrapport behorend bij het financieel jaarverslag blijkt dat meer dan **90 % van de zorggelden** wordt besteed aan direct bewoner gebonden personele kosten.

<b>Personeelsbestand</b>				
<b>Discipline</b>	<b>Loondienst</b>	<b>Aantal</b>	<b>Uren per week</b>	<b>FTE</b>
<i>Verpleegkundige niveau 4</i>	<i>Ja</i>	<i>02</i>	<i>52</i>	<i>1.44</i>
<i>Verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>15</i>	<i>37</i>	<i>10.33</i>
<i>Helpende niveau 2</i>	<i>Ja</i>	<i>07</i>	<i>152</i>	<i>4.22</i>
<i>Huishoudelijk medewerker niveau 1</i>	<i>Ja</i>	<i>09</i>	<i>172</i>	<i>4.77</i>
<i>Activiteiten begeleider</i>	<i>Ja</i>	<i>01</i>	<i>28</i>	<i>0.77</i>
<i>Interieurverzorgster</i>	<i>Ja</i>	<i>03</i>	<i>48</i>	<i>1.33</i>
<i>SOG</i>	<i>Op afspraak</i>	<i>01</i>	<i>04</i>	<i>0.14</i>
<b>Totaal FTE</b>				<b>22.08</b>
<i>BBL-Leerling Verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>02</i>	<i>42</i>	<i>1.16</i>
<i>BBL-Leerling Verpleegkundige niveau 4</i>	<i>Nee</i>			
<i>BOL-Leerling Verpleegkundige niveau 5</i>	<i>Nee</i>			
<i>BOL-Leerling Helpende niveau 2</i>	<i>Nee</i>			
<i>BBL-Leerling Activiteitenbegeleider niveau 3</i>	<i>Nee</i>			
<i>BBL-Leerling Activiteitenbegeleider niveau 4</i>	<i>Nee</i>			
<i>BOL-Leerling Creatief therapeut niveau 5</i>	<i>Nee</i>			
<i>BBL-Leerling Huishoudelijk medewerker niveau 1</i>	<i>Nee</i>			
<i>Overige leerlingen dual of beroepsbegeleidend</i>	<i>Nee</i>			

### **Personele bezetting per dag**

Dagelijks zetten we de volgende diensten in. Voor zorgwerkzaamheden werken we uitsluitend met bevoegde en bekwame medewerkers. Stagiaires zijn in onderstaand overzicht niet inbegrepen.

### **Diensten**

- één dienst van 7.00 tot 15.00 uur (D81)
- één dienst van 7.30 tot 15.30 uur (D82)
- één dienst van 7.30 tot 15.30 uur (D83)
- één dienst van 7.00 tot 14.00 uur (D84)
- één kantoor dienst van 09.00 tot 16.00 (K8)
- één huiskamer dienst 7.30 tot 14.00 uur (H61)
- één huiskamer dienst 8.00 tot 14.00 uur (H62)

### **Middag/Avonddiensten**

- één dienst van 15.00 - 23.00 uur (A81)
- één dienst van 16.00 - 22.30 uur (A75)
- één dienst van 15.30 - 22.30 uur (A72)
- één dienst van 17.00 – 22.45 uur (A71)
- een dienst van 15.45 – 21.45 uur (H7A)
- een dienst van 15.45 – 22.30 uur (HA7)

## Nachtdiensten

- één wakende dienst van 23.00-7.00 uur  
nb: Amado Zorg werkt niet met slaapdiensten

## Activiteitenbegeleiding

- Vier keer per week van 08.30 – 15.30

## Achterwacht

- 24/7, achterwacht is te benaderen doormiddel van bereikbaarheidsdienst(minimaal VIG)  
Verpleegkundige via Buurtzorg (tijdens calamiteiten overdag en binnen 15 min. aanwezig)  
Huisartsenpost Dronten(tijdens calamiteiten in de nacht)

In 2021 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers	05	2.33
Nieuwe medewerkers	05	2.33

Dankzij onze platte organisatie en korte lijnen kunnen in onze zorgvoorziening de zorggelden optimaal worden benut waarvoor het is bedoeld. Uit het accountantsrapport behorend bij het financieel jaarverslag blijkt dat meer dan **90 % van de zorggelden** wordt besteed aan direct bewoner gebonden personele kosten.

Wij hanteren de volgende kaders voor voldoende en bekwaam personeel, ingedeeld in drie thema's:

### 1 Aandacht, aanwezigheid en toezicht

- Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten;
- Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden. Wanneer een bewoner de ruimte moet verlaten is er iemand aanwezig om dit op te vangen. Hierbij nemen we de afbakening tussen professionele verantwoordelijkheid en de inzet van familie en vrijwilligers in ogenschouw;
- In iedere dagdienst, ook in het weekend, is er iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinnvolle dag-invulling van cliënten;
- De zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

### 2 Specifieke kennis, vaardigheden

- Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken;
- Er is, tijdens dag- en avond een BIG geregistreerde verpleegkundige via Buurtzorg, binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er is een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse;
- Tijdens een nachtelijke calamiteit wordt gebruikgemaakt van de huisartsenpost, via het reguliere telefoonnummer. Bij directe noodgevallen wordt 112 gebeld.

- Er zijn aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel, inroepen specialist ouderengeneeskunde, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige, tijdelijke overplaatsing cliënt, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), in gang zetten 'meer-zorg' en dergelijke.

### 3 Reflectie, leren en ontwikkelen

- Er is voor iedere zorgverlener voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing.
  - Dagelijks wordt kennis aan elkaar overgedragen d.m.v. het bespreken van één of meerdere bewoners, tijdens de overdrachtmomenten
  - Reflectie en feedback geven vindt plaats tijdens de diensten, tijdens teamoverleg en in persoonlijke gesprekjes met de leidinggevende.
  - Maandelijks is er een teamoverleg waarbij kennis, reflectie en feedback wordt overgedragen. Twee EAV-ers dragen een bewoner voor ter bespreking.
  - Jaarlijks wordt er, thans via het Hoornbeeck College, tweemaal een training (Incompany) gegeven, waarbij de onderwerpen van de scholing vooraf met elkaar worden bepaald.
- Vanaf 1-1-2019 is er voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. Dit is als volgt georganiseerd via
- Lerend Netwerk RVW;

*Het lerend netwerk RVW is opgericht door en voor kleinschalige particuliere voorzieningen in de ouderenzorg. Doel van het lerend netwerk is om de kwaliteit van de zorg permanent te monitoren en waar mogelijk te verbeteren. Dit doel wordt bereikt door de eigen bedrijfsvoering en belangrijke ontwikkelingen in de branche in openheid met elkaar te bespreken. Van elkaar leren is voor de deelnemers aan het lerend netwerk het uitgangspunt. Samenwerken is hierbij het essentieel.*

*Het lerend netwerk RVW kent twee soorten bijeenkomsten, te weten voor medewerkers en voor leidinggevenden. Daarnaast worden visitaties en meelopen bij elkaar georganiseerd eveneens voor medewerkers en leidinggevenden.*

*De bijeenkomsten in het kader van het lerend netwerk worden als volgt georganiseerd. Drie maal per jaar is er een dag voor de leidinggevenden. Viermaal per jaar is er een dag voor medewerkers. Leidinggevenden kunnen desgewenst deelnemen aan de dagen voor medewerkers. De thema's van de bijeenkomsten worden van tevoren vastgesteld. Hierbij wordt rekening gehouden met de verplichtingen vanuit het KKV en met de behoeften vanuit de sector en de deelnemende voorzieningen. Voor inzicht in de verplichtingen volgt nu de paragraaf "achtergrond".*

## **Achtergrond**

*In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (KKV) is de verplichting opgenomen om deel uit te maken van een lerend netwerk. Het KKV omschrijft deel uitmaken van een lerend netwerk als volgt:*

- 1. Elke verpleeghuisorganisatie maakt eind 2017 deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee verschillende collega zorgorganisatie die onder een andere rechtspersoon vallen en een andere Raad van Bestuur hebben.*
- 2. Een lerend netwerk bestaat uit organisaties die tezamen voor minimaal 120 cliënten zorg bieden en kent geen maximum. Bij de keuze van netwerkpartners staat het leren en de praktische werkbaarheid centraal.*
- 3. Hierin wordt in ieder geval aantoonbaar samengewerkt rondom het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf.*
- 4. Actieve onderlinge uitwisseling vindt in openheid plaats door bijvoorbeeld bezoek, consultatie, benchmarking en intervisie. Dat geldt voor zowel medewerkers als bestuurders.*
- 5. Er is voor alle zorgverleners en bestuurders tijd en ruimte beschikbaar om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. De wijze hoe dit geregeld wordt is onderdeel van het kwaliteitsplan.*
- 6. Uitwisseling van kennis is hier eveneens een onderdeel van. Nieuwe kennis die hierdoor beschikbaar komt, moet actief verbonden worden met onderzoek, onderwijs en beleid. Hier ligt een rol voor (universitaire) kennisnetwerken en kennisorganisaties.*

*Tevens staan er in het KKV bij de overige onderwerpen verwijzingen naar het lerend netwerk en wel als volgt:*

- a. De gegevens van de vier veiligheidsthema's worden op geaggregeerd niveau tevens besproken in de Raad van Bestuur en in de Raad van Toezicht, en worden in het kader van het kwaliteitsbeleid jaarlijks vergeleken en besproken met de collega organisaties uit het lerend netwerk en verwerkt in de verbeterparagraaf van het kwaliteitsplan.*
- b. Het kwaliteitsplan wordt jaarlijks geactualiseerd en wordt voorafgaand aan de vaststelling voor feedback voorgelegd aan tenminste twee collega-organisaties van het lerend netwerk.*
- c. Jaarlijks brengt de zorgorganisatie een kwaliteitsverslag uit. Deze rapportage is gebaseerd op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van het kwaliteitsplan, inclusief feedback op kwaliteitsplan door de collega organisaties uit het lerend netwerk, en volgt daarmee ook de hoofdstukken van het kwaliteitsplan.*
- d. Het concept kwaliteitsverslag moet voor vaststelling besproken worden met vertegenwoordiging van cliënten/naasten (CR), (para)medici en verpleegkundigen en verzorgenden, en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk.*
- e. Verantwoording over leren en verbeteren wordt afgelegd bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf. Dit vindt niet alleen plaats met de eigen medewerkers en cliëntenraad, maar ook met de collega's van het lerend netwerk.*
- f. Vanaf 1-1-18 is er voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. De wijze hoe dit wordt georganiseerd wordt vastgelegd in het kwaliteitsplan en geëvalueerd in het kwaliteitsverslag.*
- g. Iedere zorgorganisatie reflecteert over de balans tussen de aard van de te verlenen zorg en de daarvoor noodzakelijke personeelssamenstelling. Reflecteren betekent in openheid inzicht*

geven in de knelpunten op terrein van personeelssamenstelling, de gekozen oplossingen en de geboekte resultaten.

*h. Reflectie vindt plaats binnen de eigen organisatie (medewerkers, medezeggenschapsorganen), binnen het lerend netwerk, en met cliënten (en hun naasten) over waar hun zorg- en ondersteuningsbehoeften liggen. Deze opbrengsten van deze reflecties worden beschreven in*

*het kwaliteitsverslag. Dit verslag is een openbaar document en wordt gepubliceerd op de website van de organisatie en landelijk vindbaar gemaakt op een publieke website door aanlevering van het webadres aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.*

*i. Er vindt kennisuitwisseling over inzet en gebruik van hulpbronnen plaats met collega zorgorganisaties van het lerend netwerk. Deze inzet en gebruik worden geëvalueerd in het lerend netwerk. Het openbaar maken van de verkregen informatie vindt tenminste plaats in het jaarlijks kwaliteitsverslag.*

*j. Binnen voorzieningen worden aard (ATC-codes) en prevalentie (% bewoners) van antipsychotica gedocumenteerd.*

*Hierop vindt reflectie plaats in het farmacotherapeutisch overleg (FTO) en ook met de collega organisaties uit het lerend netwerk.*

*k. Binnen voorzieningen worden aard (ATC-codes) en prevalentie (% bewoners) van antibioticagebruik gedocumenteerd. Hierop vindt reflectie plaats in het FTO en ook met de collega organisaties uit het lerend netwerk. Hierbij worden aard en omvang besproken met het oog op de toenemende resistentie problematiek.*

*Actieve deelname aan het lerend netwerk betekent dat aan bovenstaande verplichtingen wordt voldaan. In de vorm van samenvattende verslagen wordt dit aantoonbaar gemaakt. Deze verslagen kunnen dienen als input voor het jaarlijks uit te brengen kwaliteitsverslag. Een aantal onderwerpen in het lerend netwerk RVW hebben het karakter van scholing. Deze kunnen in het opleidingsplan van de betreffende voorziening worden opgenomen.*

### **Investering**

*Om een gunstig resultaat van het lerend netwerk te bevorderen is inzet en betrokkenheid van de deelnemers onontbeerlijk en de belangrijkste voorwaarde. Daarnaast is het samenstellen van een programma van belang. Hierbij wordt niet alleen naar verplichtingen vanuit het KKV gekeken, maar ook naar ontwikkelingen in de branche en naar wensen vanuit de deelnemende voorzieningen.*

Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV'er of contactverzorgende deel te nemen aan overleg;

- Een deel van de scholing en deskundigheidsbevordering besteedt aandacht aan methodisch werken;
- Het scholingsbeleid voor zittende en aankomende zorgverleners versterkt hun vakbekwaamheid aantoonbaar. Er wordt nadrukkelijke aandacht besteed aan omgaan met zorgdilemma's en adequate zorg bij het levenseinde. Laatstgenoemd onderwerp is ter sprake gebracht tijdens een familievoorlichtingsavond in 2018.
- In de functioneringsgesprekken komen competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde.



## Hoofdstuk 5 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Wij hechten eraan om de zorg en ondersteuning voor elke cliënt op maat te maken. Dat wil zeggen dat iedere cliënt kan rekenen op een zorgleefplan dat is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en verlangens en dat de professionele zorg voortdurend wordt afgestemd op de actuele noodzaak. Hierna lichten we per thema toe wat iedere cliënt mag verwachten en welke eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en afhankelijk van bevindingen, opgenomen in het opleidingsplan.

### Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

- De zorgverleners kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke cliënt;
- De medewerkers spreken de cliënt aan op de manier die de cliënt prettig vindt;
- De medewerkers praten met cliënten en niet over cliënten;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met cliënten;
- De medewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- De zorgverleners hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- De zorgverleners beschikken over een breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden en beschikken over de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die wordt geleverd;
- De zorgverleners hebben respect voor normen en waarden van de cliënt, naasten en mantelzorgers.

### Uniek zijn: gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit.

- Er is aandacht voor wat cliënten belangrijk en zinvol vinden om te doen, ook vanuit levensbeschouwing en om contacten die cliënten willen onderhouden;
- Als een cliënt dat wil, wordt deze hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Zorgverleners zoeken naar de betekenis van gedrag als een cliënt zich onvoldoende of niet meer kan uitdrukken;
- Medewerkers dragen er zorg voor dat de cliënten zich veilig voelen;
- Medewerkers behandelen cliënten met respect;
- Als er iets te beleven of te ontdekken is, wordt de cliënt daarbij betrokken;
- De cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen;
- Cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De zorgverlener kent het levensverhaal van elke cliënt en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de cliënt;
- De zorgverlener is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen;
- De zorgverleners hebben aandacht voor de naaste(n) van de cliënt als onderdeel van zijn eigen leven;
- De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een goede afweging maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de cliënt;
- Dilemma's worden samen besproken en hiervan wordt geleerd.

### Autonomie: behoud van eigen regie over leven en persoonlijk welbevinden ook bij zorg in de laatste levensfase

- De cliënten kunnen, zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag.

- Indien een cliënt de regie niet meer kan nemen, krijgen diens naasten de kans om diens ogen en oren te zijn en de wensen te verwoorden of gedrag toe te lichten en te verklaren;
- Met iedere cliënt is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. De cliënt heeft aan kunnen geven wat de wensen zijn: wat deze cliënt wel wil (bijvoorbeeld comfort, geen pijn, wel vocht- en voeding) en niet wil (bijvoorbeeld geen antibiotica of bloedproducten, niet beademen, geen ziekenhuisopname);
- De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij de naasten en worden met de cliënt op regelmatige basis geëvalueerd;
- Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de cliënt. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen;
- Cliënten krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- De zorgverleners wegen met de cliënt en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van cliënten rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd;
- De wensen van en afspraken met de cliënt worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de cliënt.

**Zorgdoelen: Iedere cliënt heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning**

- Iedere cliënt heeft een eigen actueel zorgleefplan en een medisch plan dat in samenspraak met de cliënt en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De cliënt of de naaste geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en medisch plan, zo niet dan wordt dat besproken met de cliënt en diens naasten;
- De cliënt of diens belangenbehartiger is aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO), tenzij deze dat niet wil. De cliënt wordt in staat gesteld om zich op het MDO voor te bereiden. De inbreng van de cliënt doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op diens behoeften;
- Met de cliënt of diens belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De specialist ouderengeneeskunde (SOG) maakt met de cliënt en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- Iedere cliënt beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk;
- Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contact persoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- Het zorgleefplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener, die tevens voor deze cliënt de EAV'er is;
- Het medisch plan wordt opgesteld door de SOG;
- De zorgverleners volgen bij het werken met zorgleefplannen de richtlijnen voor gebruik van en multidisciplinair overleg over het zorgleefplan zoals vastgelegd in: [www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html](http://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html);
- De zorgverleners werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg;
- Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de cliënt, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de cliënt en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de cliënt, aan diens naaste(n) en aan collega's;

## Hoofdstuk 6 Wonen en welzijn

Naast uitstekende zorg en ondersteuning, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk, vinden wij wonen en welzijn belangrijk voor onze cliënten. We streven ernaar dat de wensen en verlangens van de cliënten zoveel mogelijk kunnen worden waargemaakt. Omgaan met beperkingen van cliënten zien wij liever als een uitdaging dan als een beletsel. Hierna lichten we per thema toe wat iedere cliënt mag verwachten en welke eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

### Zingeving

- Er is bij zorgverleners aandacht voor specifieke levensvragen zoals omgaan met verlies van functies, eenzaamheid, rouw, depressie, ouderdom en invulling van de laatste levensfase;
- Indien een cliënt iets kan en wil betekenen voor een ander ondersteunen we dat;
- Het is voor iedere cliënt mogelijk om een geestelijke verzorger te spreken van de eigen levensbeschouwelijke signatuur.

### Zinvolle tijdsbesteding

- De bewoner kan iedere dag deelnemen aan verschillende activiteiten, individueel of in groepsverband;
- De bewoners worden gestimuleerd om te bewegen;
- Bewoners kunnen naar buiten als zij dat willen;
- Iedere bewoner kan een leven leiden dat zo veel mogelijk persoonlijk passend is;
- Bij de uitvoering van de dagactiviteiten kan een bewoner begeleiding/ondersteuning krijgen van een zorgmedewerker.
- Vrijwilligers ondersteunen bewoners bij het bieden van een zinvolle dagbesteding naast de vaste activiteitenbegeleider.
- Er wordt bij de tijdsbesteding rekening gehouden met verschil in behoefte aan ondersteuning en zorg.
- Het is voor bewoners mogelijk om zich te bewegen, al dan niet met ondersteuning, naar plekken die voor hem van grote waarde zijn.

### Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

- Iedere cliënt ontvangt naar eigen wens en behoefte en in overleg met diens naasten de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze).

### Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

- Zorgverleners geven naasten en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van de cliënt de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren;
- Het beleid rondom participatie familie is beschreven en bekend bij cliënten en zorgverleners;

### Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, gebedsruimte, buitenruimten, verkeersruimten);
- De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig;
- Cliënten worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;
- Maaltijden binnen de woonvoorziening worden afgestemd op de behoefte van de bewoner. Aanpassingen hierin zijn mogelijk.

## Hoofdstuk 7 Veiligheid

Streven naar optimale veiligheid heeft een hoge prioriteit. Het voortdurend streven naar veiligheid zien wij niet los van andere belangrijke waarden. Bijvoorbeeld de afweging die wij maken tussen persoonlijke vrijheid en welzijn aan de ene kant, en persoonlijke veiligheid en risico's aan de andere kant. Veiligheid houdt niet alleen zorginhoudelijke veiligheid in. Andere veiligheidseisen waaraan wij aandacht besteden zijn veiligheid van hulpmiddelen, brandveiligheid, de aanwezigheid van een ontruimingsplan, voedselveiligheid en drinkwaterveiligheid. Ook het bieden van inspraakmogelijkheden aan medewerkers en cliënten en een toegankelijke klachtenregeling zien wij als manieren om veiligheid te bevorderen.

### Medicatieveiligheid

- Minimaal tweemaal per jaar organiseren we een medicatiereview met de apotheker en de SOG;
- We analyseren de MIC meldingen *elk kwartaal* en we besteden aandacht aan de oorzaken van alle medicatiefouten. Hierbij betrekken we de medewerkers en zo nodig voeren we een retrospectieve risicoanalyse uit;
- We beperken het antipsychoticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk en registreren de prevalentie van het gebruik van antipsychotica om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk;
- We beperken het antibioticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk en we registreren de prevalentie van het gebruik van antibiotica om te kunnen vergelijken met voorzieningen uit het lerend netwerk.
- We gebruiken NCare om medicatiefouten te voorkomen

### Decubitus en mondzorg

- Er vindt bij de bewoners een regelmatige monitoring plaats van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel.
- Bespreking van de bevindingen van deze monitoring vindt plaats met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.

### Wet zorg en Dwang:

- Samen met een SO is een WZD plan opgesteld per locatie en een beleidsdocument voor de organisatie.
- Onvrijwillige zorg wordt zo veel als mogelijk vermeden, indien dit niet lukt kijken we of een bewoner wel of geen verzet toont.
- Bij verzet van een bewoner doorlopen we het stappenplan omtrent de Wet zorg en Dwang in samenspraak met een SO.
- Wij gebruiken externe deskundige voor het toetsen van maatregelen rondom onvrijwillige zorg.

## Ziekenhuisopnamen

- Ziekenhuisopnamen op de Spoedeisende hulp (SEH) worden geregistreerd, zowel in het persoonlijke zorgdossier als op een anonieme lijst per locatie;
- De redenen van het insturen voor SEH worden bijgehouden in de volgende categorieën: vallen, heupfractuur, luchtweginfectie, urineweginfectie, delier, CVA, onbegrepen gedrag en overige;
- De bevindingen van het gebruik met betrekking tot SEH worden besproken met de medewerkers en met voorzieningen uit het lerend netwerk.
- Ernstige calamiteiten (met ernstig c.q. blijvend letsel) worden gemeld bij de Inspectie voor de Volksgezondheid

## Advance Care Planning

- Met 100% van de bewoners hebben we afspraken gemaakt rondom het levenseinde en deze afspraken hebben we vastgelegd in het zorgdossier.

## Eten en drinken

- Met 100% van de bewoners hebben we afspraken gemaakt over voedselvoorkeuren en deze zijn vastgelegd in het zorgdossier.

## Hoofdstuk 8 Leren en ontwikkelen

Voortdurend werken aan het verbeteren van kwaliteit is voor ons de norm. Dit doen we op verschillende manieren en we leggen de bevindingen vast. Deze staan ter beschikking van bewoners, naasten, medewerkers en stakeholders. Hiermee beogen we transparantie en hierdoor leggen we op een natuurlijke manier verantwoording af. Het is dan ook vanzelfsprekend dat dit kwaliteitsplan en het later op te stellen kwaliteitsverslag via onze website worden gepubliceerd.

In overeenstemming met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg onderscheiden we vijf elementen die het leren en werken aan kwaliteit bevorderen:

### 1 Kwaliteitsmanagementsysteem

- In dit kwaliteitssysteem zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;
- Verantwoording afleggen is ingebed in de processen met de daaraan vastgelegde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

### 2 Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan

- Dit kwaliteitsplan is opgesteld n.a.v. samenwerking met bewoners en naasten, huisarts, zorgmedewerkers en directie;
- Jaarlijks zullen we dit kwaliteitsplan actualiseren.

### 3 Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Dit kwaliteitsverslag zal gebaseerd zijn op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van dit kwaliteitsplan, inclusief feedback op dit kwaliteitsplan door de collega organisaties uit het lerend netwerk. Het volgt de hoofdstukken van het kwaliteitsplan;
- Cliëntraadpleging als informatiebron voor de evaluatie van zorg is een vast onderdeel van het kwaliteitsverslag;
- Het concept kwaliteitsverslag bespreken we vóór vaststelling met cliëntenraad, medewerkers en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk;
- Jaarlijks zullen we een actueel kwaliteitsverslag presenteren, onder andere op onze openbare website.

### 4 Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- Zorgverleners zijn in de praktijk nauw betrokken bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag en werken zo op cyclische en ontwikkelingsgerichte wijze mee aan verbetering;
- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog worden gestimuleerd en vinden in een open klimaat plaats.

## 5 Lerend netwerk

- Wij maken deel uit van een lerend netwerk, te weten met ouderenzorgvoorzieningen van het netwerk van RVW. Deze collega zorgorganisaties vallen onder een andere rechtspersoon en hebben een andere Raad van Bestuur;
- Bij de keuze van deze netwerkpartners stond het leren en de praktische werkbaarheid centraal;
- In dit netwerk werken we in ieder geval samen rondom het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag met verbeterparagraaf;
- In dit netwerk vindt actieve onderlinge uitwisseling in openheid plaats. Dit geldt voor zowel medewerkers als directies;
- Er is voor alle zorgverleners en directie tijd en ruimte beschikbaar om op gezette tijden mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk. Dit gebeurt als volgt: tijdens elke netwerkbijeenkomst organiseren we een “speeddate”. Daarna kunnen alle deelnemers aangeven waar en met welk doel men wenst mee te lopen. Dit wordt vervolgens geïnventariseerd en georganiseerd.

## Hoofdstuk 9 Leiderschap, governance en management;

Bij ons is er geen sprake van een Raad van Bestuur (RvB) maar van een directie. Deze directie heeft dezelfde bevoegdheden als een gemiddelde RvB. In onze directie is de professionele inbreng gegarandeerd; twee zorgverleners maken deel uit van de directie. De directie loopt dagelijks mee in het primair proces. De directie ziet erop toe dat de onderwerpen van dit kwaliteitsplan in praktijk worden gebracht en neemt maatregelen als dit onverhoopt nodig wordt bevonden. Gezien de grootte van onze organisatie hebben we besloten om de verpleegkundige adviesraad onderdeel te laten zijn van het lerend netwerk. Hiervoor wordt tijdens bijeenkomsten van het lerend netwerk tijd ingeruimd. Wij hanteren de Zorgbrede Governance Code.

Onderstaande zes thema's zijn kenmerkend voor ons leiderschap:

### 1 Visie op zorg

- De in hoofdstuk 1 beschreven zorgvisie is in samenspraak met belanghebbenden opgesteld en vormen een meerwaarde voor bewoners en hun naasten;
- Deze zorgvisie en kernwaarden zijn tevens opgenomen in het meerjarenplan en het jaarplan, die de strategische koers van de organisatie weergeven.

### 2 Sturen op kernwaarden

- De in hoofdstuk 1 beschreven kernwaarden zijn in samenspraak met belanghebbenden opgesteld en vormen een meerwaarde voor bewoners en hun naasten;
- Wij stellen de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgen de veiligheid van de bewoner te allen tijde;
- Met het opleidingsplan creëren wij de randvoorwaarden voor het vakmanschap van onze zorgverleners;
- Met behulp van synergie tussen cultuur en regels, creëren we een cultuur van waaruit de juiste zaken geregeld worden en het gewenste gedrag wordt bevorderd.

### 3 Leiderschap en goed bestuur

- De directie stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners, bewoners en naasten;
- De directie draagt zorg voor verbinding met en tussen binnen- en buitenwereld van de organisatie;
- De directie heeft overzicht op de verantwoordelijkheden van de organisatie en specifiek ook op verantwoordelijkheden ten aanzien van kwaliteit;
- De directie grijpt tijdig in als dat voor borging van de veiligheid en kwaliteit van de zorg noodzakelijk is, alsmede voor aspecten die de kwaliteit van leven van bewoners ondersteunen;
- De directie zorgt ervoor dat opbouw en omvang van het personeelsbestand in overeenstemming is met de visie, taken en doelgroep.

### 4 Rol en positie interne organen en toezichhouder(s)

- De directie faciliteert het werk van de cliëntenraad;
- De directie werkt volgens wettelijke kaders van Wet op de Ondernemingsraden (WOR) en de Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKKGZ);
- De directie stimuleert inhoudelijke input op het beleid; door dit tijdens teamoverleg en bewonersbesprekingen kenbaar te maken.



## 5 Inzicht hebben en geven

- De directie neemt de regie over het dynamisch kwaliteitsontwikkelp proces zoals beschreven in dit kwaliteitsplan;
- De directie verantwoordt zich over dit kwaliteitsplan in een jaarlijks kwaliteitsverslag;
- De directie speelt een actieve rol bij totstandkoming en actief onderhouden van het lerend netwerk;
- Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners in de keten;
- De directie is direct betrokken bij en actief in het primaire proces, waardoor er gevoel blijft met de kwaliteit van zorg en het werk op de werkvloer.

## 6 Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

- Professionele inbreng in het aansturen van de organisatie is geborgd door professionele inhoudelijke kennis in de leiding en aansturing van de organisatie;
- Professionele inbreng door een SOG is geregeld a.d.h.v. contacten met de huisarts en d.m.v. inbreng op oproepbasis van de SOG.



## Hoofdstuk 10 Hulpbronnen, omgeving en context

Onderstaande hulpbronnen zijn in de voorgaande hoofdstukken van dit kwaliteitsplan niet expliciet beschreven. Een compacte omschrijving van een aantal belangrijke hulpbronnen staat in dit hoofdstuk. Hierbij is vastgelegd hoe deze hulpbronnen dienend zijn aan het primair proces. Ook hiervoor geldt dat we de stappen van samen leren en verbeteren hierop toepassen.

### Gebouwde omgeving

Amado Zorg heeft de beschikking over 35 appartementen. Zij zijn allen voorzien van douche, toilet en wastafel. Eén appartement is geschikt voor bewoning door een echtpaar. De kamers hebben een goede lichtinval en sommigen zijn recent hiervoor voorzien van een ruime dakkapel. De kamers kunnen worden ingericht naar eigen inzicht en de bewoners nemen meubilair mee vanuit de thuissituatie.

Voor bewoners die (noodgedwongen) liggend c.q. in rolstoel gedoucht moeten worden is er een ruime badkamer met toilet aanwezig (in beide locaties), deze bevindt zich op de eerste etage.

In beide locaties is er een ontspanningsruimte die te vrijblijvend te gebruiken is voor o.a.: de verjaardag van de bewoner, tijdens het teamoverleg of voor een gesprek met een bezoeker. Beide verdiepingen zijn per lift bereikbaar.

Op de begane grond is een ruime woonkamer met een apart gedeelte welke momenteel gebruikt wordt als rustruimte. De ruime keuken is voorzien van horeca apparatuur en hier wordt dagelijks gekookt. Personeel maakt gebruik van een (klein) af te sluiten kantoor.

Het gebouw is uitgerust met een volledige brandmeldinstallatie welke in directe verbinding staat met de meldkamer van G4S. Op de vereiste plekken zijn rookmelders, handmelders en brandslangen aangebracht. De deuren zijn 30 minuten brandwerend en de compartimenten worden beschermd door deuren via een magnetisch systeem, welke in werking treedt zodra alarmering ontstaat.

Ieder bed in elk appartement is voorzien van een evacuatiehoek. Deze bevindt zich onder het matras. Het gebouw is tevens voorzien van een legionella beheersplan met een automatische doorspoel systeem. Hierdoor is er een constante 'bewaking' van de temperatuur van het water. Twee maal per jaar vindt er controle plaats en worden er watermonsters genomen.

### Technologische hulpbronnen

Rapporteren doen we bij Amado Zorg via ONS van Nedap. Tevens wordt er gebruik gemaakt van bewegingsmelders. Deze melders bevinden zich uitsluitend in de appartementen en worden ingezet ter bewaking van de veiligheid (valgevaar), zodra een bewoner te bed gaat.

Er is 1 bewoner die, op uitdrukkelijk verzoek van de familie, wordt ondersteund met een beeld-intercom. Alle VBM worden, per kwartaal, geëvalueerd.

Voor contacten met huisarts/apotheek/diëtiste etc. wordt gebruik gemaakt van een laptop met een bedrijf- email account. Voor het aftekenen van medicatie wordt N-care gebruikt. Dit systeem ondersteunt bij het terugdringen van medicatiefouten.

### Materialen en hulpmiddelen

Amado zorg maakt gebruik van gekeurde materialen (passieve tillift). Deze worden/wordt gehuurd via Arjo Huntleigh. Onderhoud en service zijn inbegrepen. Douchestoelen zijn nieuw aangeschaft en worden regelmatig gecontroleerd. Bedden en overige persoonlijke hulpmiddelen worden door de bewoners c.q. familie aangeschaft. Zij zijn zelf verantwoordelijk m.b.t. onderhoud van genoemde zaken.

## **Facilitaire zaken**

De keukens van Amado Zorg zijn uitgerust met een thermische brandmelder, een blusdeken en een verbanddoos. De kookinrichting kan eerst worden gebruikt nadat de afzuiginrichting is geactiveerd. (extra veiligheid). Het afval wordt door medewerkers gescheiden (papier, glas, plastic) in de hiervoor aanwezige containers en wordt gescheiden afgevoerd. Schoonmaakmiddelen bevinden zich in de opslag van het gebouw en nimmer in de keuken. Afvalwater wordt gezuiverd door een IBA, op eigen terrein.

De wasverzorging is intern geregeld.. Tijdens de zomermaanden wordt de was buiten gedroogd. Er is een waterontharder aangebracht.

Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van energiesparende verlichting. In de woonkamer bevinden zich twee extra led plafond lampen ter bevordering van daglicht inname.

Bewoners en begeleiders kunnen tijdens de zomermaanden koffie drinken en een ijsje eten op het terras, bij het aangrenzende recreatie gedeelte. Bewoners dienen hiervoor wel begeleidt te worden.

## **Financiën en administratieve organisatie**

Amado Zorg noteert nieuwe aanvragen op een lijst 'belangstellenden'. Eens per kwartaal wordt dit lijstje nagelopen en bijgewerkt.

Behalve de woon-serviceovereenkomst en 'Hoe werken wij' , ontvangen de bewoners c.q. hun contactpersoon maandelijks een factuur voor geleverde zorg. Deze administratieve handelingen worden beschreven in een fin. overzicht. Per kwartaal worden de financiële gegevens aangeleverd bij de accountant. Jaarlijks wordt een jaarrekening opgemaakt.

## **Hoofdstuk 11** **Gebruik van informatie.**

De belangrijkste informatiebronnen ontleen we aan onderzoeken naar cliëntervaringen en medewerkerervaringen. De keuze voor de te gebruiken instrumenten is gevallen op onafhankelijk onderzoek door “prestatievergelijker ouderenzorg”. De redenen voor deze keuze zijn dat deze instrumenten op maat zijn ontwikkeld voor kleinschalige ouderenzorg en dat de er op basis van uitkomsten een benchmark met vergelijkbare voorzieningen kan worden uitgevoerd. Bovendien meet dit instrument de totaalscore over de zes vragen van ZorgkaartNederland.

Op deze wijze kunnen we op drie manieren vaststellen in hoeverre onze kwaliteit zich verhoudt tot de kwaliteit van de kleinschalige verpleeghuiszorg: totaalscore op basis van zes vragen; benchmark tevredenheidsonderzoek bewoners en benchmark tevredenheidsonderzoek medewerkers.

## Hoofdstuk 12 Verbeterparagraaf

We stellen alles in het werk om de doelstellingen die in dit kwaliteitsplan zijn beschreven waar te maken. Periodiek evalueren we de voortgang en indien nodig stellen we ons beleid bij om de doelstellingen te behalen.

Bij het maken van dit kwaliteitsplan voorzien we de volgende verbeterdoelen om de doelstellingen te behalen:

Verbetering	Locatie	Tijdspad
Organiseren nieuwe structuur huisartsen ANW	Het Wilgenhuis	2022
Organiseren 'de week van'	Beide locaties	2022
Organiseren familiedagen minimaal 2x per jaar	Beide locaties	2022
Organiseren externe audits i.s.m. Kloek	Beide locaties	2022
Verhogen kwaliteit op de werkgroep d.m.v. minimale inzet 1x VPK niveau 4	Het Wilgenhuis	2022
Implementeren E-learning via Noorhoff	Beide locaties	2022 Q1/2

Minimaal viermaal per jaar evalueren we in het MT de voortgang van de verbeterplanning. De bevindingen hierbij bespreken we met de cliëntenraad en met de medewerkers in het maandelijkse teamoverleg. De resultaten worden in het kwaliteitsverslag opgenomen. Dit verslag is openbaar en voor eenieder inzichtelijk.

## Slotwoord van de directie

Door het werken aan dit kwaliteitsplan zijn we ons (nog) meer bewust geworden van de belangrijkheid van de taak die wij met elkaar hebben; het leveren van goede zorg op een veilige en verantwoorde wijze.

Onze kwetsbare bewoners verdienen respect en het gevoel dat zij 'thuis- en veilig zijn' in onze locaties.

Wij hopen dat wij, in het vaak complexe ziekte proces, een waardevolle ondersteuning kunnen bieden aan zowel bewoners als hun familie.

*Vincent en Marga Oosterwijk & Brian Nieweg*

**Directie Amado Zorg**

Kraggenburg, 2021